

Antonina Bryniarska¹, Aleksandra Katarzyna Tomaszewicz¹, Bernadetta Janusz²,
Barbara Józeklik¹

OSOBISTE GŁOSY TERAPEUTÓW W TRAKCIE PIERWSZYCH KONSULTACJI SYSTEMOWYCH. ANALIZA DIALOGOWA

PERSONAL THERAPISTS' VOICES IN THE SYSTEMIC FIRST CONSULTATIONS. DIALOGICAL ANALYSIS

¹ Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
Katedra Psychiatrii UJ CM

² Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, Katedra Psychiatrii UJ CM

family therapy
Interpersonal Process Recall
dialogical analysis

Streszczenie

Cel. Celem badania było rozpoznanie specyfiki pojawiania się osobistych wątków uruchomionych w umyśle terapeuty w trakcie prowadzenia psychoterapii i ich relacji z profesjonalnym działaniem — myśleniem terapeuty. Badanie polegało na dokonaniu nagrań, a następnie przeprowadzeniu analizy sesji terapii rodzin lub par, jak również wywiadów z terapeutami.

Metoda. Rozmowy z terapeutami zostały przeprowadzone za pomocą wywiadu przywołującego procesy zachodzące w trakcie sesji terapeutycznej (Interpersonal Process Recall, IPR [1]). Dokonano porównania pomiędzy analizowanymi przykładami, wykorzystując studium przypadków (multiple case study). Wybrane fragmenty, w których zidentyfikowano autobiograficzne odniesienia, zostały poddane analizie dialogowej (dialogical analysis), wyodrębniając „ja doświadczające” i „ja profesjonalne” terapeuty [2] oraz zachodzące pomiędzy nimi relacje. Następnie przeanalizowano siedem wywiadów IPR z psychoterapeutami przeprowadzonych bezpośrednio po pierwszej konsultacji: czterech rodzin i trzech par, skierowanych do terapii z różnych powodów — zaburzeń odżywiania, konfliktów rodzinnych, uzależnień czy zaburzeń zachowania. Wszyscy terapeuci pracowali w nurcie systemowym, byli certyfikowanymi terapeutami i superwizorami.

Wyniki. Dokonana analiza pozwoliła zidentyfikować pięć fragmentów dotyczących osobistych skojarzeń i myśli terapeuty, które zostały przytoczone przez terapeutę w trakcie wywiadu IPR. Przeprowadzona analiza dialogowa ujawniła, że uruchomione doświadczenie autobiograficzne, głos osobisty, w każdym przypadku wywołuje w dalszej kolejności pojawienie się głosu profesjonalnego reflektującego świadomość osobistej perspektywy w trakcie konsultacji (metapozycja obserwatora własnych uczuć i myśli). W połowie przykładów świadomość ta była powiązana z analizą możliwego wpływu głosów osobistych na przebieg terapii.

Wnioski. Uruchomione wątki biograficzne w sesji terapeutycznej mogą mieć jedynie formę dostrzeżenia podobieństwa doświadczeń terapeuty i rodziny, ale także mogą wiązać się z pogłębioną refleksją dotyczącą ich znaczenia dla procesu terapeutycznego. IPR jest użytecznym narzędziem do badania zjawiska głosów osobistych.

Summary

Objectives. The aim of the presented exploratory study was to observe and describe personal themes in a therapist's mind. The research included recording and subsequent analysis of family or couple therapy sessions as well as interviews with therapists.

Methods. The therapists were interviewed using the Interpersonal Process Recall (IPR) Protocol [1]. The multiple case study design was used to compare the therapists' autobiographical memories and associations while conducting the therapeutic sessions. Those chosen excerpts with identified personal connotations were reviewed by dialogical analysis, differentiating between experiencing and professional selves of the therapists [2] and the relations between them. This was followed by the analysis of seven IPR interviews with therapists, conducted directly after the first consultation: four of them with families and three with couples. They had been sent to the therapy for different reasons: eating disorder, family conflicts, addictions, or behavioural disorders. All therapists worked in the systemic approach, were certified therapists and supervisors.

Results. In the analysis, five fragments of IPR interviews with personal voices considering autobiographical experiences were identified. In each example, this has evoked a professional voice reflecting the consciousness of the therapist's own perspective (metaposition of the observer's thoughts and feelings). In half of the examples, consciousness was followed by the analysis of a possible impact of personal voices on the therapeutic process.

Conclusions. The evoked biographical themes during therapeutic sessions might adopt the form of observing similarities of experiences between the family and the therapist but may also be associated with deeper reflection on their importance to the therapeutic process. IPR is a useful tool to explore a phenomenon like personal voices.

Wstęp

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy w trakcie prowadzenia sesji w umyśle psychoterapeuty uruchamiają się jego własne autobiograficzne doświadczenia. W badaniu istotne było również to, w jaki sposób są one opisywane i poddawane refleksji przez terapeutę. Zastosowanie analizy dialogowej do procesu terapii rodzin i par [3, 4] dało nowe spojrzenie na wieloaspektową dynamikę relacji pomiędzy wewnętrznym dialogiem terapeuty a zewnętrzną konwersacją w trakcie sesji.

By opisać wewnętrzne głosy terapeutów badacze odwołują się do koncepcji dialogicznego self sformułowanej przez literaturoznawcę Michaiła Bakhtina [5], a dalej rozwijanej na gruncie psychologii przez Huberta Hermansa [6]. W obszarze psychoterapii zjawisko dialogu wewnętrznego było przedmiotem analiz Toma Andersena [7] i Petera Robera [2]. Szczególnie prace Robera [8], dotyczące wewnętrznego dialogu terapeuty (*therapist's inner conversation*), stały się inspiracją dla klinicystów i teoretyków badających proces terapii [4, 9]. Wewnętrzna rozmowa pomiędzy różnymi częściami self pojawia się w trakcie sesji, wpływając na jej przebieg. Rober [2, 10] w kontekście procesu terapeutycznego wyróżnia dwa podstawowe wewnętrzne głosy terapeuty: „ja doświadczające samego siebie” i „ja profesjonalne”. Według niego ja doświadczające składa się z obserwacji terapeuty i jego wspomnień, obrazów, fantazji, które są aktywowane przez to, co terapeuta obserwuje. W pewnym sensie doświadczające self oznacza postawę niewiedzącej receptywności tu i teraz, zarówno wobec historii klienta, jak i tego, co zostało wywołane przez te historie w terapii [2, 11]. „Ja profesjonalne” terapeuty jest związane z aktywnością w trakcie sesji poprzez konstruowanie hipotez, strukturowanie informacji, łączenie ich w jedną całość i przygotowywanie interwencji [8, 10]. W takim stanie umysłu terapeuta pozostaje głównie w pozycji obserwatora [2, 12].

Doświadczenia terapeuty, jego skojarzenia czy wspomnienia mogą być źródłem konstruktywnych interwencji, dzięki lepszemu rozumieniu podobnych doświadczeń, jak i powodem niebezpiecznych zniekształceń z powodu emocjonalnego zaangażowania terapeuty we własne odniesienia. Rezultaty badania przeprowadzonego przez Józefik i Janusz [13] dotyczącego problematyki genderowej pokazały, że psychoterapeuci podczas terapii rodzinnej, terapii par i terapii indywidualnej w dużym stopniu odwołują się do swoich doświadczeń. Przytoczone badania dotyczyły jedynie deklaracji psychoterapeutów, niemniej jednak ukazały również ważność pytania o rzeczywiste odnoszenie się do wydarzeń biograficznych psychoterapeutów.

Rober [11] zwraca uwagę na to, iż w trakcie prowadzenia sesji terapeuta często doświadcza czegoś, co jest niejasne. Stara się rozumieć swoje odczucia, co sprawia, że stają się one bardziej uporządkowane. Następnie poprzez wypowiadanie nabierają bardziej zrozumiałego charakteru, mimo iż nie są już tym samym, co myśli i odczuwanie. Usłyszenie i zrozumienie przez terapeutę swoich wewnętrznych głosów jest dla procesu terapii istotne. Spośród wielu aspektów badania procesu psychoterapeutycznego, to właśnie dialog wewnętrzny terapeuty jest jednym z trudniejszych elementów poznania. Procedura wywiadu Interpersonal Process Recall (IPR) stwarza możliwości, by się mu przyjrzeć.

Pytania badawcze dotyczyły sprawdzenia, czy i jaki rodzaj doświadczeń autobiograficznych uruchamia się w terapii w trakcie sesji rodziny/pary. Co wywołuje ten rodzaj wspomnień i skojarzeń oraz czy jest możliwe uchwycenie ich wpływu na wgląd terapeuty, rozumiany jako świadomość procesu terapeutycznego, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu osobistych wątków na przebieg terapii.

Metoda

Interpersonal Process Recall (IPR)

Wywiady z terapeutami zostały przeprowadzone zgodnie z protokołem IPR [1, 14, 15], umożliwiającym przywołanie dialogu wewnętrznego terapeutów: ich myśli, uczuć, postaw czy intencji pojawiających się w trakcie sesji. IPR to rodzaj procedury wywiadu [16], w którym konwersacja (w tym przypadku sesja terapeutyczna) jest nagrywana, a następnie bezpośrednio po zakończeniu odtwarzana uczestnikowi badania (tu: terapii). Metoda ta daje możliwość uchwycenia wewnętrznych doświadczeń uczestników procesu terapeutycznego, a przez to pozwala na obserwowanie i eksplorowanie interakcji pojawiających się w trakcie sesji, przy bezpośredniej klaryfikacji ze strony aktualnego uczestnika procesu [17]. Pozwala to na wzrost samoświadomości i pogłębienie relacji pomiędzy uczestnikami [18, 19]. W ostatnim czasie terapeuci różnych nurtów [20], zarówno w pracy klinicznej [21], jak i uwzględniając szeroki kontekst kulturowy [22] znaleźli zastosowanie IPR w superwizji, analizując zarówno korzyści, jak i zagrożenia płynące z tego typu pracy superwizyjnej.

Studium przypadków

Studium przypadków (*multiple case study*) pozwala badaczowi na powtórzenie tego samego badania w odniesieniu do podobnych przypadków celem lepszego wyeksponowania zjawiska będącego przedmiotem badania [23]. Jest to metoda uwzględniająca pogłębioną

eksplorację podobieństw i różnic pomiędzy zjawiskami [24]. W niniejszym badaniu model ten został wykorzystany do szczegółowego opisu autobiograficznych wspomnień i skojarzeń powstających w umysłach terapeutów w trakcie sesji terapeutycznych.

Analiza dialogowa

Otrzymany materiał poddano analizie dialogowej, wykorzystując koncepcję „ja doświadczającego” i „ja profesjonalnego” [2] terapeuty identyfikując poszczególne głosy w wybranych fragmentach wywiadu. Ze względu na pytanie badawcze wybrane fragmenty dotyczyły przywołanych autobiograficznych doświadczeń terapeuty. Analiza przebiegła w trzech etapach i polegała na: zidentyfikowaniu głosów, odniesieniu ich do fragmentu sesji, a także dostrzeżeniu możliwego wpływu na przebieg procesu terapeutycznego.

Uczestnicy

Wszyscy terapeuci biorący udział w badaniu pracują w nuncie psychoterapii systemowej, są certyfikowanymi terapeutami i superwizorami, jeden z nich jest także psychiatrą. Dwoje z nich ma ponad 25-letnie doświadczenie kliniczne, pozostali ponad 10-letnie. Wszyscy są osobami heteroseksualnymi, w związkach małżeńskich, mającymi dzieci. Pary zgłaszające się na terapię wnosili temat trudności małżeńskich, rodziny zaś problemy dotyczące dziecka.

Ostatecznie analizie poddano siedem wywiadów z terapeutami rodzinnymi przeprowadzonych zaraz po pierwszej konsultacji (cztery konsultacje rodzinne i trzy małżeńskie), o różnorodnej problematyce: zaburzeń odżywiania, nieukończonej żałoby czy uzależnienia. Sześć konsultacji odbyło się w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego przy Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie: w Ambulatorium Terapii Rodzin oraz Zakładzie Terapii Rodzin i Psychosomatyki, jedna zaś w innym ośrodku współpracującym w projekcie¹.

Procedura

Danymi w niniejszym badaniu były: nagrania wideo i transkrypcje z pierwszych konsultacji w ramach terapii rodzinnej lub par, a także transkrypcje z wywiadów z terapeutami (IPR), które przeprowadzono bezpośrednio po zakończeniu sesji. Terapeuci zostali poproszeni o wskazanie, a następnie skomentowanie fragmentów z sesji, które były dla nich szczególnie istotne, znaczące lub przykuły ich uwagę. Osoby przeprowadzające wywiad mogły również zatrzymać nagranie i poprosić terapeuta o skomentowanie określonej interakcji w trakcie sesji.

Zgodnie z założeniami analizy jakościowej *multiple case study* w pierwszym etapie badania w wywiadach IPR zidentyfikowano głosy osobiste odnoszące się do biograficznych wydarzeń z życia terapeuty. W drugim etapie wyodrębnione fragmenty wywiadów odniesiono do odpowiednich fragmentów sesji wyzwalających owe autobiograficzne skojarzenia terapeutów. W trzecim etapie przeprowadzono analizę dialogową, identyfikując w wybranych fragmentach głosy osobiste oraz ich treść, a w końcowej fazie przeanalizowano

¹ Projekt został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego: KBET/273/B/2011.

świadomość terapeuty oraz refleksje dotyczące znaczenia jego własnych doświadczeń dla prowadzonej terapii (głos profesjonalny). Wszystkie dane umożliwiające identyfikację zarówno terapeutów, jak i rodziny, zostały zanonimizowane. Imiona zostały zmienione, inne dane, takie jak nazwy miast czy miejsca zatrudnienia, zostały usunięte.

Wyniki

Spośród siedmiu wywiadów udało się zidentyfikować pięć bezpośrednich odniesień do obiektywnych faktów z życia terapeuty. W artykule, ze względu na ramy miejsca, przedstawiono szczegółową analizę dialogową trzech z nich. W czwartym przykładzie zidentyfikowano zbliżoną strukturę dialogu, stąd zostanie on jedynie krótko opisany. Piąty przykład został pominięty, gdyż wątek osobisty wspomniany w IPR nie był dalej rozwijany.

Prezentujemy poniżej przykłady tych odniesień, uwzględniając kolejno: kontekst przyjęcia rodziny lub pary, fragmenty z sesji i wywiadów IPR (zestawione w tabeli), następnie analizę dialogową i wreszcie krótkie podsumowanie uwzględniające wpływ osobistego doświadczenia na pracę terapeuty.

Przypadek 1.

Konsultacja małżonków około 40-letnich, zgłaszających się na terapię rodzin z powodu diagnozy jadłowstrętu psychicznego u nastoletniej córki. W doświadczeniu pary śmiertelny wypadek 5-letniego syna, świadkiem którego była młodsza córka Ania, aktualnie pacjentka identyfikowana. Para zgłasza się na terapię, wnosząc temat anoreksji córki, jak i konfliktu małżeńskiego polegającego na trudnościach w komunikacji.

Tabela 1. Transkrypcje sesji terapeutycznej i wywiadu przeprowadzonego z terapeutą

Transkrypcja sesji	Transkrypcja wywiadu z terapeutą — IPR
<p>T*: A ja, ja jakoś zapamiętałem, że Państwo macie sześcioro dzieci, nie, czy...</p> <p>Ż*: Pięcioro. Jedno nam zginęło.</p> <p>M*: Znaczący się syn zginął.</p> <p>Ż: Zginął nam, mając 5 lat.</p> <p>M: Tragicznie jak, mając 5,5 roku. [...]</p> <p>T: Aha, aha, czyli to wiele lat temu, tak? [...]</p> <p>M: Ale jest tak jak wczoraj, no to [...]</p> <p>M: No to nie odeszło tak, żeby tak żeby tam może mówi się, a, czas goi rany, to tamto [...] To jest nawet niezaschnięta rana można powiedzieć. [...]</p> <p>Ż: Nawet Ania ostatnio mówi, że, no boję się o nią troszeczkę, bo ona wracając ze szkoły, bo do szkoły dojeżdża do X, no to praktycznie nie ma dnia, żeby nie szła na cmentarz [...] I płacze, i mówi, chociaż ona była mała, bo ona była dwa lata młodsza od niego, ale mówi, gdzieś mamę, czuję, że jakby on był z nami, pewne rzeczy byłyby może zupełnie inaczej.</p>	<p>T: Tu zastanowiło mnie, że być może tą całą sprawą jest niedokończona żałoba, no i potem zresztą, jak pamiętam, to się potwierdziło, z tą siostrą, która chodzi codziennie na grób 13 lat później. A też miałem myśl, że to będzie dotyczyło mnie, przez mój życiorys.</p> <p>B*: Nie sama sprawa śmierci, ale śmierci w tym wieku.</p> <p>T: W tym wieku, tak, tak między 3 a 5 to jest dla mnie takie.</p> <p>B: To jakoś na Pana wpłynęło wtedy? Jak Pan sądzi?</p> <p>T: Wpłynęło w takim sensie, że całun ..., bo ja omijam takie sprawy, czy kino, czy książka, to ja nie lubię o tym czytać, takie sprawy, więc taki miałem całun, no ale, że może spożytkuję ten obszar jakoś uważnie, a bez nadmiarowości, z takim jak gdyby... Zapaliła się lampka typu „uwaga!”.</p>

* Ż — żona, T — terapeuta, B — badacz przeprowadzający wywiad z terapeutą

Analiza dialogowa

1. Wyodrębnione osobiste doświadczenie terapeuty — głos osobisty można określić jako głos przywołujący doświadczenie śmierci dziecka: *A też miałem myśl, że to będzie dotyczyło mnie, przez mój życiorys. W tym wieku, tak, tak między 3 a 5.* Wprowadzenie osobistego głosu terapeuty zostało poprzedzone profesjonalnym głosem, który można określić jako głos diagnosty formułującego hipotezę nt. głównego mechanizmu trudności rodziny. Omawianym zdarzeniem jest śmierć dziecka w tragicznych okolicznościach i związana z nią niedokończona żaloba: *Tu zastanowiło mnie, że być może tą całą sprawą jest niedokończona żaloba, no i potem zresztą, jak pamiętam, to się potwierdziło, z tą siostrą, która chodzi codziennie na grób 13 lat później.*
2. Zidentyfikowany przez badaczki fragment sesji (patrz: tabela 1), który wywołał bezpośrednie autobiograficzne odniesienie, dotyczył przywołanego przez rodziców szczegółowego opisu traumatycznego wypadku ich małoletniego syna.
3. Terapeuta dostrzega, że prowadzenie konsultacji z rodziną stanowi dla niego wyzwanie ze względu na jego doświadczenia (głos osobisty): *zapaliła się lampka typu „uwaga!”,* niepokoi się również o potencjalny wpływ tej konotacji na dalszy proces terapeutyczny: *że może spożytkuję ten obszar jakoś uważnie, a bez nadmiarowości.* Jest to głos profesjonalny, który można określić jako głos reflektujący świadomość ryzyka w prowadzeniu terapii rodzin z problematyką śmierci dziecka.

Przypadek 2.

Konsultacja rodzinna: rodzice około 40-letni z 16-letnim chłopcem z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji. Sesja koncentruje się wokół trudności syna (stosowanie i produkowanie używek, choroba somatyczna — cukrzyca), jednak rodzina wprowadza również inne tematy, niedotyczące bezpośrednio dziecka.

Tabela 2. Transkrypcje sesji terapeutycznej i wywiadu przeprowadzonego z terapeutą

Transkrypcja sesji	Transkrypcja wywiadu z terapeutą — IPR
Ż*: Jestem teraz na zwolnieniu lekarskim. T*: Czy coś się dzieje? Ż: No, ginekologiczne sprawy, takie różne nie wiem, jak to się skończy, czekam na wyniki dzisiaj mam mieć ostateczny wynik. Na razie... T: Jest powód do niepokoju? Ż: Na pewno nie jest dobrze, prawdopodobnie mam raka szyjki macicy... T: Jest podejrzenie raka? Ż: Właściwie wiedzą, że mam raka tylko jeszcze nie wiem, czy jest złośliwy czy nie...	B*: A to, że to są kobiece sprawy, to jakoś miało wpływ na Ciebie? Jak? T: Ja myślę, że miało, miało na mnie wpływ nie tylko, że kobiece, tylko, że zagrożenie w ogóle rakiem. Ja to przeżyłam tego roku w czerwcu, więc dlatego tak mówię, takie czekanie na wynik jest bardzo trudne, że tak powiem, wiem, co mówię [śmiech] i na pewno mnie to uwrażliwiło, że w ogóle... B: Że byłaś w takiej sytuacji, jak ona? T: Nie, w innej trochę, bo nie dokładnie to. [...] W ogóle, że rak i, że w ogóle mogę mieć raka. Ja w ogóle miałam kawałek piersi usuniętej do badania i czekałam też na ten wynik z takim dosyć pesymistycznym nastawieniem [...] I był akurat dobry w moim przypadku, mam nadzieję, że w tym, chociaż... B: Wiedziałaś, co ona może czuć. T: Wiem to, wiedziałam, co ona może czuć, kiedy ona tutaj mówi, że wyjaśniła, prawda i, że pobrali jej to i, że już wie, że ma coś, tylko nie wie, czy złośliwe, czy niezłośliwe, więc tą zmianę jej pobrali i czeka [...]. To taką moją wrażliwość powoduje.

Ż — żona, T — terapeuta, B — badacz przeprowadzający wywiad z terapeutą

Analiza dialogowa

1. W tym przypadku głosem osobistym terapeutki jest głos kobiety, która doświadczyła lęku przed zachorowaniem na raka piersi. *Ja to przeżyłam tego roku w czerwcu, więc dlatego tak mówię, takie czekanie na wynik jest bardzo trudne, że tak powiem, wiem, co mówię. [...] W ogóle, że rak i, że w ogóle mogę mieć raka. Ja w ogóle miałam kawałek piersi usuniętej do badania.* Podobnie jak w pierwszym przykładzie wprowadzenie osobistego głosu terapeuty zostało poprzedzone profesjonalnym głosem terapeuty: *Ja myślę, że miało, miało na mnie wpływ nie tylko, że kobiece, tylko, że zagrożenie w ogóle rakiem.* Jest to głos kobiety świadomej, że temat choroby nowotworowej jest dla niej trudnym obszarem. Pojawiający się kilkakrotnie osobisty głos dotyczący lęku spowodowanego czekaniem na wyniki histopatologiczne, przeplatany jest dalej profesjonalnym głosem terapeuty, ukazującym głos kobiety świadomej swoich uczuć, stawiającej siebie w metapozycji jako obserwatorki samej siebie: *I na pewno mnie to uwrażliwiło.*
2. Analiza fragmentu sesji, będącego bezpośrednim impulsem do rozpoczęcia wewnętrznego dialogu terapeuty (patrz: tabela 2), ukazuje wagę niepewności potencjalnego pacjenta w trakcie oczekiwania na potwierdzenie diagnozy nowotworowej.
3. W porównaniu z poprzednim opisem występuje tutaj mniej bezpośrednich odniesień, co utrudnia analizę wpływu na przebieg sesji. Osobisty głos terapeutki — głos kobiety doświadczonej lękiem przed zachorowaniem na raka piersi wydaje się dominować nad głosem profesjonalnym. Terapeutka pozostawia mniej przestrzeni na dialog głosów, mówiąc: *Wiem to, wiedziałam, co ona może czuć, kiedy ona tutaj mówi, że wyjaśniła.* Z drugiej strony w końcowej części wywiadu ujawnia dialog między głosem osobistym a profesjonalnym; terapeutka dostrzega bowiem swój stosunek do matki pacjenta, wynikający z podobnej sytuacji, mówiąc: *To taką moją wrażliwość powoduje* (głos kobiety świadomej swoich uczuć, stawiającej siebie w metapozycji jako obserwatorki samej siebie). Nie poddaje jednak dalszej wewnętrznej dyskusji możliwego wpływu tej „wrażliwości” na pracę terapeutyczną.

Przypadek 3.

Konsultacja rodzinna: rodzice około 45 lat, 2 córki: starsza 19-letnia, młodsza 16-letnia. Zgłoszonym problemem są konflikty pomiędzy córkami, bardzo duża rywalizacja, zdaniem rodziców wpływająca na ogólną atmosferę w domu. Rodzina zgłasza się w momencie utraty pracy przez matkę i istotnego pogorszenia sytuacji materialnej.

Tabela 3. Transkrypcje sesji terapeutycznej i wywiadu przeprowadzonego z terapeutą

Transkrypcja sesji	Transkrypcja wywiadu z terapeutą — IPR
<p>T*: A proszę powiedzieć coś o sobie, czym się Pan zajmuje?</p> <p>M*: Zajmuję się tak, ja jestem diagnostą samochodowym, wykonuję badania techniczne pojazdów, jeżeli chodzi o przedłużanie, no pieczątki do dowodów, to tyle.</p> <p>T: Aha, ma pan wykształcenie techniczne?</p> <p>M: Tak, techniczne.</p> <p>T: Yhm. Czyli jest Pan mechanikiem samochodowym.</p> <p>M: No tak można powiedzieć, no i to, co jest w tym zakresie.</p> <p>T: A Pani?</p> <p>Ż*: No ja z zawodu jestem muzykiem, teraz na wypowiedzeniu, dostałam, to jest chór X, który rozwiązują.</p> <p>T: Aha, to szkoda.</p> <p>Ż: No bardzo, po tylu latach, po 25 latach pracy, niemniej jestem jeszcze w stosunku pracy.</p> <p>T: Jaki Pani głos ma?</p> <p>Ż: Alt. Tak jak mąż mówił, pracuję w chorze X.</p>	<p>T: Tu miałam myślenie osobiste, że dobrze może mieć inny zawód niż muzyk, w odniesieniu do mojego syna, że tak jak gdyby bardzo wąska ścieżka jest, trzy chóry w X, i drugie takie, że faktycznie, z kolei, że dobrze, że ja mam dobry zawód, że mogę pracować jeszcze.</p> <p>B*: Ale co poczułaś, że ona ma...</p> <p>T: Że ma trudność, no że to jest obiektywnie trudna sytuacja i że oni dużą zmianę tam planują teraz, nie, że taka niejasna ta sprawa, też nie chciałam w to wchodzić co, co to jest tą zmianą, ale na razie się przeprowadzają na jeszcze gorsze warunki.</p> <p>B: No właśnie to takie poruszające, że muszą...</p> <p>T: Tak, mniejsze [mieszkanie], żeby sobie zapewnić jakieś poczucie bezpieczeństwa chyba, im bardzo naruszyło to wszystko.</p>

* Ż — żona, T — terapeuta, B — badacz przeprowadzający wywiad z terapeutą

Analiza dialogowa

1. W ramach analizy dialogowej można zaobserwować dwa głosy osobiste: jeden z nich to głos matki niepokojącej się o przyszłość zawodową syna: *Tu miałam myślenie osobiste, że dobrze może mieć inny zawód niż muzyk, w odniesieniu do mojego syna, że tak jak gdyby bardzo wąska ścieżka jest*, a drugi to głos kobiety wiążącej poczucie bezpieczeństwa z zawodem umożliwiającym kontynuowanie pracy: *z kolei, że dobrze, że ja mam dobry zawód, że mogę pracować jeszcze*. Tym wątkom prywatnym towarzyszy głos profesjonalny: głos terapeuty rozpoznającego trudny kontekst aktualnej sytuacji rodziny: *Że ma trudność, no że to jest obiektywnie trudna sytuacja i że oni dużą zmianę tam planują teraz, nie, że taka niejasna ta sprawa*.
2. Pojawienie się osobistego odniesienia spowodowane jest bezpośrednio etapem budowania przymierza poprzez zapoznavanie się z poszczególnymi członkami rodziny, jak choćby rozmowa o wykształceniu i zawodzie, a także poznawaniem kontekstu zgłoszenia się rodziny (patrz: tabela 3).
3. Terapeutka korzysta z głosu osobistego, zbliżając się do rodziny, lepiej poznaje kontekst i uwzględnia ich realną sytuację. Jednocześnie spostrzegając rodzinę przez ten pryzmat, planuje dalsze etapy pracy, mając świadomość, iż nagle zmiana sytuacji zawodowej, a także spowodowany tym chaos i niepewność, mogą okazać się istotnym tematem do pracy: *Taka niejasna ta sprawa, też nie chciałam w to wchodzić co, co to jest tą zmianą, ale na razie się przeprowadzają na jeszcze gorsze warunki. [...] Tak, mniejsze*

[mieszkanie], *żeby sobie zapewnić jakieś poczucie bezpieczeństwa chyba, im bardzo naruszyło to wszystko* (głos profesjonalny, głos terapeuty rozpoznającego trudny kontekst aktualnej sytuacji rodziny wiążący się z utratą poczucia bezpieczeństwa). Dwa wyodrębnione głosy osobiste wywołały w dalszej narracji głos profesjonalny. Jednakże nie można zaobserwować wyraźnego dialogu tych głosów. Oznacza to, że terapeutka nie komentuje wprost, w jaki sposób wewnętrzny głos niepokoju o przyszłość zawodową syna oraz głos poczucia bezpieczeństwa związanego z własnym zawodem mogą wpływać na przebieg terapii np. na stosunek do matki i innych członków rodziny.

Ostatni, **czwarty**, przykład dotyczył konsultacji pary w kryzysie małżeńskim. Głosy osobiste terapeuty uruchomiły się w momencie relacjonowania przez parę uzależnienia męża obejmującego m.in. uzależnienie od gier komputerowych. Pierwszy głos osobisty można określić jako głos ojca zmagającego się z możliwym uzależnieniem syna: *To jest taki moment, jakiegoś takiego osobistego mojego wątku, bo mój syn w te gry gra. I że to jest taka jakaś kwestia, z którą jakoś tam się zmagam*. Drugi głos osobisty to głos ojca opisującego własne strategie radzenia sobie z problemem: *więc jakoś tak się zacząłem interesować trochę tymi grami i tak jakby próbować się rozeznąć, które mogą być rzeczywiście szkodliwe, a które niekoniecznie. Nawet może mogą być jakoś ciekawe czy rozwojowe w jakimś stopniu. Więc jakoś tak też zwracam uwagę na to, w jakie on gry gra*. Głos profesjonalny to głos odwołujący się do normy społecznej: *gra jako norma pokoleniowa: na ile to on jest już w takim pokoleniu właśnie takich grających i że to jest to pewna norma taka i jakby zabranianie tego dziecku, też jakby też go wyciąga z pewnej grupy społecznej*. Psychoterapeuta ma świadomość, że problem uzależnienia porusza go osobiście: *za tym pytaniem jakoś tak się zaciekawilem*. Jest to głos profesjonalny — świadomość własnego uwrażliwienia na problem uzależnienia w związku z zachowaniami syna (metapozycja obserwatora), zarazem nie reflektuje, w jaki sposób głosy osobiste mogą wpływać na przebieg terapii.

Dyskusja

Zgodnie z metodą *multiple case study* [23, 24] dokonano porównania czterech przypadków odnoszących się do doświadczeń autobiograficznych psychoterapeuty. Wszystkie dotyczą istotnych egzystencjalnych wyzwań budzących lęk, stanowiących zagrożenie dla poczucia bezpieczeństwa: śmierć dziecka, choroba nowotworowa, utrata pracy, uzależnienie. Zidentyfikowane głosy osobiste są wypowiedane z różnych pozycji: matki, ojca, kobiety, członka rodziny. Wśród głosów profesjonalnych wyróżniono trzy kategorie, a mianowicie: (1) formułowanie hipotez na temat zgłaszanego problemu rodziny/pary; (2) świadomość uruchomionych w trakcie sesji osobistych odniesień, myśli i uczuć (metapozycja obserwatora) i (3) reflektowanie możliwego wpływu osobistych głosów na dalszą współpracę z rodziną.

Zaprezentowane przypadki pokazują zróżnicowany poziom dialogu pomiędzy wyodrębnionymi głosami osobistymi a głosami profesjonalnymi. W dwóch pierwszych przypadkach sekwencję rozmowy w IPR rozpoczyna i kończy głos profesjonalny psychoterapeuty. W pierwszym przypadku w dialogu wewnętrznym głosów profesjonalnego i osobistego obserwujemy przechodzenie od formułowania hipotez nt. problemu rodziny, poprzez wyrażenie osobistej trudności i obaw, do refleksji nad strategią radzenia sobie z sytuacją. Ten dialog głosów był najbardziej rozbudowany — terapeuta miał bowiem świadomość,

w jaki sposób uruchomiony w nim, pod wpływem sesji, osobisty głos przywołujący doświadczenie śmierci dziecka może wpłynąć na prowadzenie przez niego omawianej sesji, jak również w jaki sposób wpływa na jego funkcjonowanie w życiu — w tym w domyśle również w trakcie innych sesji terapeutycznych.

W drugim wypadku psychoterapeutka była świadoma uruchomienia się osobistego głosu kobiety doświadczonej lękiem przed zachorowaniem na raka piersi, a także profesjonalnego, obserwującego swoje uwrażliwienie na problematykę wnoszoną przez matkę identyfikowanego pacjenta. Terapeutka, podobnie jak w poprzednim przykładzie, identyfikowała własne uczucia w trakcie prowadzonej sesji terapeutycznej, nie odnosiła się jednak do możliwego ich wpływu na współpracę z konsultowaną rodziną, np. na budowanie przymierza czy utrzymywanie równowagi w relacji z uczestnikami sesji.

W trzecim przypadku uruchomione głosy osobiste: głos matki niepokojącej się o przyszłość zawodową syna oraz głos kobiety wiążącej poczucie bezpieczeństwa z zawodem umożliwiającym kontynuowanie pracy wywołały głos profesjonalny związany z refleksowaniem trudnej sytuacji rodziny, jednak, podobnie jak w przypadku powyżej, psychoterapeutka nie analizowała możliwego wpływu głosów osobistych na przebieg terapii.

W ostatnim czwartym przypadku uruchomione głosy osobiste: głos ojca zmagającego się z możliwym uzależnieniem syna i głos ojca opisujący własne strategie radzenia sobie z problemem wyzwolił jedynie głos profesjonalny wyrażający świadomość własnego uwrażliwienia na problem uzależnienia w związku z zachowaniami syna.

Podsumowując, istotnym wynikiem przeprowadzonej analizy jest pokazanie, że uruchomione doświadczenie autobiograficzne — głos osobisty — wywołuje w dalszej kolejności, w trakcie sesji, pojawienie się głosu profesjonalnego reflektującego świadomość osobistej perspektywy w trakcie konsultacji (metapozycja obserwatora własnych uczuć i myśli). W połowie przykładów świadomość ta była powiązana z analizą możliwego wpływu głosów osobistych na przebieg terapii.

Wnioski

Inspiracją dla przeprowadzenia niniejszego badania była praca Petera Robera [11] dotycząca koncepcji wewnętrznego dialogu psychoterapeuty w terapii indywidualnej w warunkach eksperymentalnych (klienci odgrywający rolę). W przeciwieństwie do procedury ówczesnego badania, założeniem prezentowanego projektu było zbadanie wewnętrznego dialogu terapeuty w trakcie autentycznej sesji konsultacji rodzinnej i par. Dzięki metodzie IPR zostały zidentyfikowane zróżnicowane głosy, przy czym przedmiotem analizy stały się głosy odwołujące się do wątków biograficznych: tragicznego wydarzenia w rodzinie pochodzenia, sytuacji zagrożenia życia, przyszłości zawodowej czy obawy o uzależnienie u dziecka. Badanie pokazało, że osobiste konteksty są źródłem silnych emocji, przez co mogą wpływać na przebieg procesu terapeutycznego, np. na trudności utrzymania postawy neutralności w stosunku do każdego z członków rodziny/pary. Uruchomienie własnego doświadczenia może również sprzyjać pracy terapeuty poprzez zwiększenie jego refleksyjności dotyczącej profesjonalnie prowadzonej terapii. Wtedy pojawiające się w kontekście swoich doświadczeń uczucia i postawy mogą zostać wykorzystane jako narzędzie do pracy, np. w procesie budowania przymierza terapeutycznego.

W omawianych przykładach zidentyfikowano zróżnicowane poziomy refleksyjności: od pełnej refleksyjności, poprzez dostrzeżenie uruchomienia się postawy emocjonalnej, do prostego dostrzeżenia podobieństwa/różnicy sytuacji bez wyrażenia jego możliwego oddziaływania.

Odpowiadając na postawione pytania badawcze, należy stwierdzić, że w terapeutach rodzinnych/par uruchamiają się osobiste doświadczenia w odpowiedzi na narrację członków rodziny. Potwierdza to konieczność korzystania z regularnej superwizji uwrażliwionej na badanie osobistych głosów, a także wskazuje na znaczenie pracy genogramowej analizującej doświadczenia z rodziny pochodzenia i rodziny nuklearnej psychoterapeuty [25].

Trudno jednoznacznie ustalić, na ile terapeuci dotarli do głosów wzbudzonych w trakcie sesji terapeutycznej, a na ile te głosy były wynikiem refleksji w trakcie wywiadu. Tym, co pozwala przybliżyć się do odpowiedzi na to pytanie jest analiza interakcji pomiędzy psychoterapeutą i osobą prowadzącą wywiad w powiązaniu z treścią wypowiedzi terapeuty. Takimi wskaźnikami wydają się zatrzymanie przez terapeutę przeglądanej sesji w określonym momencie i zainicjowanie komentowania, w którym bezpośrednio odnosi się do określonej wypowiedzi z użyciem czasu przeszłego (np. „Tu miałam myślenie osobiste, że dobrze może mieć inny zawód niż muzyk, w odniesieniu do mojego syna”). Istotnym walorem IPR, który może być wykorzystany w szkoleniu psychoterapeutów jest możliwość poszerzania refleksji terapeuty poprzez identyfikowanie jego własnych odczuć w interakcyjnym procesie wywiadu, gdzie możliwe jest zatrzymywanie nagrania przez osobę go prowadzącą i zadawanie pytań dotyczących znaczących momentów.

Istnieją wspomniane wyżej narracyjne wskaźniki (np. czas teraźniejszy i przeszły w wypowiedzi terapeuty) pozwalające określić, które osobiste wspomnienia czy też osobiste przeżycia terapeuty pojawiły się na sesji terapeutycznej, a które w trakcie wywiadu z terapeutą. W związku z tym można stwierdzić, iż IPR jest narzędziem do eksplorowania wewnętrznych głosów terapeuty wzbudzonych zjawiskami zachodzącymi w pracy terapeutycznej i możliwymi do wypowiedzenia/zreflektowania w trakcie wywiadu [13]. W terapii rodzin/par istnieje znacznie więcej niż w terapii indywidualnej czynników potencjalnie przywołujących osobiste głosy terapeuty. Mogą one dotyczyć rodziny terapeuty, jak i jego prywatnych spraw: różnego rodzaju doświadczeń, myśli, skojarzeń czy obrazów [25]. Wspomnienia zdają się tym silniejsze, im większą wagę mają dla terapeuty. Najbardziej złożonym aspektem wydaje się wykazanie bezpośredniego wpływu osobistych głosów na przebieg sesji terapeutycznej. W niniejszym opracowaniu udało się stworzyć pewne rozumienie konkretnych sytuacji, jest to jednak zagadnienie wymagające dalszych pogłębionych badań.

Piśmiennictwo

1. Elliot R. Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. W: Greenberg LS, Pinsof WM, red. Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook. Nowy York: Guilford Press; 1986, s. 503–527.
2. Rober P. The therapist's self in dialogical family therapy: some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Fam. Process.* 2005; 44(4): 477–494.
3. Shotter J. Understanding process from within: an argument for 'witness' — thinking. *Organ Stud.* 2006; 27(4): 585–604.

4. Janusz B, Józefik B, Barbaro B. Zastosowania koncepcji dialogowego Ja w psychoterapii, zwłaszcza w terapii rodzin. *Psychiatr. Pol.* 2012; 44(5): 867–875.
5. Bakhtin M. *The dialogical imagination*. Austin: University of Texas Press; 1982.
6. Hermans HJM. The innovation of self-narratives: A dialogical approach. W: Angus LE, Dimaggio G, red. *The handbook of narrative and psychotherapy*. Londyn: Sage; 2004, s. 175–191.
7. Andersen T. Relationship, language and pre-understanding in the reflecting process. *Aust. N.Z. J. Fam. Ther.* 1991; 13(2): 87–91.
8. Rober P. Constructive hypothesizing, dialogic understanding and the therapist's inner conversation: Some ideas about knowing and not knowing in the family therapy session. *J. Marital Fam. Ther.* 2002; 28(4): 467–478.
9. Józefik B, Janusz B, Barbaro B. Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii — założenia teoretyczne. *Psychiatr. Pol.* 2012; 44(5): 857–865.
10. Rober P, Elliott R, Buysee A, Loot G, De Corte K. Positioning in the therapist's inner conversation: a dialogical model based on a grounded theory analysis of therapist reflections. *J. Marital Fam. Ther.* 2008; 23(3): 406–421.
11. Rober P, Elliott R, Buysee A, Loots G, De Corte K. What's on the therapist mind? A grounded theory analysis of family therapist reflections during individual therapy sessions. *Psychother. Res.* 2008; 18(1): 48–57.
12. Rober P. The therapist's experiencing in family therapy practice. *J. Fam. Ther.* 2011; 33(3): 233–255.
13. Janusz B, Józefik B, Peräkylä A. Gender-related issues in couple therapists' internal voices and interactional practices. *Aust. N.Z. J. Fam. Ther.* 2018; 39(4): 436–449.
14. Elliott R, Shapiro DA. Brief structured recall: a more efficient method for studying significant therapy events. *Br. J. Med. Psychol.* 1988; 61(2): 141–153.
15. Greenberg L, Rice LN, Elliot R. *facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. Nowy Jork: The Guilford Press; 1993.
16. Kagan, N. *Interpersonal process recall: A method of influencing human interaction*. Houston: Educational Psychology Department; 1975.
17. Larsen D, Flesaker K, Stege R. qualitative interviewing using interpersonal process recall: investigating internal experiences during professional-client conversations. *Int. J. Qual. Methods* 2008; 7(1): 18–37.
18. Kagan N, Schauble P, Resnikoff A, Danish SJ, Krathwohl DR. Interpersonal process recall. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1969; 148(4): 365–374.
19. Cashwell CS. *Interpersonal process recall*. Waszyngton: ERIC Clearinghouse; 1994.
20. Gonsalvez C, Brockman R, Hamish H. Video feedback in CBT supervision: Review and illustration of two specific techniques. *Cogn. Behav. Ther.* 2016; 9(24): 1–15.
21. Lloyd-Hazlett J, Foster VA. Utilizing interpersonal process recall in clinical supervision to address counselor countertransference. *VISTAS*. 2014; 34: 1–22.
22. Ivers NN, Rogers JL, Borders LD, Turner A. Using Interpersonal Process Recall in clinical supervision to enhance supervisees' multicultural awareness. *Clin. Superv.* 2017; 36(2): 282–303.
23. Eisenhardt K. M. Building theories from case study research. *Acad. Manage Rev.* 1989; 14(4): 532–550.
24. Yin R. *Case study research: Design and methods*. Beverly Hills: Sage Publishing; 1984.
25. Jensen P. The narratives which connect... A qualitative research approach to the narratives which connect therapists personal and private lives to their family therapy practice. *Rozprawa doktorska obroniona na Uniwersytecie East London w połączeniu z Kliniką Tavistock*. Londyn 2008.

Adres: antonina.bryniarska@gmail.com